厦门大学附属心血管病医院医学伦理委员会

科研伦理预审查申请书

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **项目名称** |  | | | | |
| **项目来源** | □国家级 □省级 □市级  □其他：  □学位课题研究：□硕士 □博士（后）  □国家级基金项目，编号：  □省市级科研课题，编号：  □企业/基金会资助研究，企业/基金会名称：  □大学/医院项目，编号： | | | | |
| **项目负责人** |  | **承担科室** | | |  |
| **立项依据（简述）** |  | | | | |
| **研究目的** |  | | | | |
| **受试者类型** | □住院病人 □门诊病人 □健康志愿者 | | | | |
| **受试者例数** |  | | | | |
| **入选标准及排除标准** |  | | | | |
| **所需研究和收集的具体材料[信息、体液(ml、次数)、血液(ml、次数)、组织等]** |  | | | | |
| **检测实验室名称及地点（具体说明,若无请填写“无”）** |  | | | | |
| **获取材料的方法(手术切除标本、静脉穿刺、腹腔穿刺、住院病史摘录等)** |  | | | | |
| **研究数据处理（统计方法）** |  | | | | |
| **研究项目的预期进度和完成日期** |  | | | | |
| **项目负责人承诺** | 本人承诺《科研伦理预审查申请书》填写内容真实，如获得批准将严格按照批准的方案进行研究并遵守《赫尔辛基宣言》以及伦理相关法律法规。 | | | | |
| **申请人（签名）** |  | | **日 期** |  | |
| **科室意见** | **负责人签名**：  **日期： 年 月 日** | | | | |

注：**请同时提供《课题申报书》进行预审查**，科研预审查仅出具同意申报的结果，非正式批件；一旦您获得科研基金的资助时，开展研究前尽快正式申报伦理审查。